

**V èmes AUDITIONS DE LA SANTE**  
**Hôpital 2007 : promesses et handicaps**  
**d'une réforme attendue**

M ? : Nous remercions Dominique Coudreau et Gérard de Pouvoirville Et nous passons à la table ronde N°2, nous saluons la présence de Jean Michel Dubernard président de la commission des affaires sociales de l'assemblée qui nous fait le plaisir de nous rejoindre. Et donc, nous appelons au pupitre le Dr Rachel Bocher, président de l'intersyndical nationale des praticiens hospitaliers et François Aubart, président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH).

**SECONDE TABLE RONDE :**

Dr Alain Marié : Donc, le titre, c'est pour ou contre-hôpital 2007, mais vous avez remarqué, et c'est peut-être pour ça que je préside cette table ronde, il s'agit de médecins à la tribune, donc on va rentrer par ? Donc on va commencer par une question un peu médicale concernant la santé des praticiens hospitaliers, on parle beaucoup de la spirale d'épuisement, on y met toujours des choses un peu différentes d'ailleurs, est ce que l'un ou l'autre, finalement vous pouvez nous dire comment espérer briser cette sinistrose que l'on entend un petit peu parfois.

Mme Rachel Bocher : Bonjour, quelques mots d'introduction d'abord, pour dire que quand j'ai été invitée à ce colloque, on avait le ministre de la santé Jean François Mattei, on était sous Raffarin 2 et j'étais très réservée dans la contestation concernant Hôpital 2007 et surtout le volet gouvernance, aujourd'hui on est le premier Avril, on a un nouveau ministre Philippe Douste Blasy, on est sous Raffarin 3, et effectivement les derniers temps avec Jean François Mattei on a réussi à se mettre d'accord malgré au départ une position très difficile sur la gouvernance. Je rappelle que les définitions de la gouvernance c'est la capacité qu'on les sociétés à se doter de système de représentation de règles, et de moyens de gérer les interdépendances de façon pacifique. Je crois que c'est important de le dire, la définition n'est pas de moi, j'ai été la chercher dans le Robert, et donc la question si vous voulez, ce qui est important, c'est comment, je fais le lien avec le système d'épuisement, la capacité aussi à chacun à retrouver un certain apaisement, dans son travail, donc je crois que c'est aussi important, donc moi ça me paraît important à partir du moment où l'on a trouvé des points d'accord avec le ministre qui est parti Jean François Mattei de pouvoir intégrer un comité de suivi pour parler de la gouvernance et essayer de trouver des solutions d'apaisement qui permettent au mieux aux praticiens de trouver une place à l'hôpital.

Première chose en préambule et je répondrais à votre question, je suis présidente de l'IMPH, l'IMPH a toujours été d'accord pour faire des réformes à l'hôpital, on a été de toutes les réformes, celles de 84, celles de 91, et je crois que c'est très important de dire qu'à partir du moment où il faut faire avancer les structures, on est là. Mais pour que ces structures s'adaptent aux besoins. Deuxième point, il y a énormément de choses qui ont été dites sur la première table ronde, on y reviendra lors des discussions, deuxième point, l'hôpital ne peut pas tout faire, moi j'ai utilisé une formule, je vous la redit parce que je la trouve bien c'est l'hôpital ne peut pas être le premier recours, c'est à dire 50 % d'augmentation de passage aux urgences, 13 millions de passage aux urgences, ne peut pas être le premier recours et les derniers recours. 60 % des pathologies les plus complexes disons arrivent à l'hôpital si je prend une étude de la DRESS. Il faut que l'hôpital se mette absolument, il faut que l'on soit

en lien avec les autres structures de soins ambulatoires et puis les autres structures de soin non médical, médico-social, on sait très bien que l'on souffre aussi de ça. À l'hôpital, c'est le problème de missions qu'on ouvrira. Et dernier point avant de répondre à la question, je dirais que c'est un message d'espoir, nouveau siècle, nouvel hôpital, nouveau gouvernement j'espère, nouvelles méthodes de dialogue social.

Alors concernant votre question, concernant la spirale d'épuisement, moi j'ai envie de dire par rapport à ce que j'ai entendu tout à l'heure, je me dis et j'espère qu'il y a des médecins dans la salle... Un médecin, c'est quand même quelqu'un qui a voulu faire des études, allez voir le concours de PC 1, voyez le nombre d'étudiants qui veulent s'engager dans cette profession, qui veulent exercer un métier, donc ce qu'ils veulent faire, c'est exercer un métier parce que c'est ce qu'ils ont appris, c'est ce qu'ils aiment faire, c'est ce qu'ils veulent faire. Alors aujourd'hui, ils deviennent médecins des hôpitaux, c'est quoi médecins des hôpitaux ? Il faut dire, c'est aussi un nouveau métier, c'est médecin impliqué dans un environnement institutionnel, et moi je crois beaucoup sans naïveté, à deux facteurs. C'est un, la formation, aussi bien la formation initiale que la formation continue, comme levier de changement, et aussi à l'évaluation des pratiques professionnelles et l'évaluation qui peut permettre, non pas comme j'ai entendu tout à l'heure et qui moi me fait un peu bondir, c'est à dire on parle de sanctions, moi je dirais parlons plutôt d'incitation, d'intéressement, parlons plutôt d'objectifs, de moyens et on évalue si on a les moyens pour tenir les objectifs, on verra si la sanction devient indispensable. Mais aujourd'hui, est-ce que l'on peut évoquer ça dans la question qui est majeure aujourd'hui ? C'est le problème de la démographie médicale, alors je veux dire la question que vous soulevez premièrement, c'est le problème de la démographie médicale. En entrant, je me suis retrouvé avec quelqu'un dans la salle, je dirais la première chose, c'est les hommes et les femmes qui font le système de santé, donc il faut miser sur la compétence et faire évoluer les compétences. Tout à l'heure, j'ai trouvé que c'était très intéressant, quelqu'un a évoqué la diversité des métiers. À l'hôpital, c'est vrai que quand on est médecin des hôpitaux, on est confronté à quoi ? Et bien on est confronté non seulement à soigner, mais aussi à enseigner parce que c'est la meilleure façon aussi d'améliorer ses compétences, on peut-être amené à faire de la recherche et l'on peut être amené aussi à diriger un service ou à diriger un pôle. Si on a plusieurs carrières possibles, il faut aussi donner les possibilités d'exercer ces carrières ou les différentes possibilités de métiers dans des conditions correctes. Tout à l'heure, c'est pour ça que je vous donnais la définition de la gouvernance en disant de façon pacifique, aujourd'hui les médecins souffrent à l'hôpital, alors indépendamment on ne vient pas sur un problème purement syndical mais il faut que je vous le dise, 3500 postes vacants, on a des postes vacants, aujourd'hui on se trouve confrontés dans une démographie médicale déficitaire, vous le savez bien, et donc les jeunes médecins quand ils sortent ils ont le choix entre le public et le privé donc ils vont se retrouver confrontés à ce choix là. Soyons attractifs, ce que je veux dire c'est être attractifs pour les médecins souhaitant venir à l'hôpital et offrons leur des conditions de travail qui leur permettent d'exercer sereinement leur métier. Donc, un, il faut traiter le dossier de la démographie médicale en faisant en sorte que le problème le plus crucial c'est l'attractivité entre la publique et le privé. Donc pourquoi pas en termes de gouvernance, faire évoluer les choses, mais de telle sorte que celui qui se retrouve chef de service, chef de pôle, ou responsable d'enseignement, ou responsable à effectuer de recherches qu'il puisse le faire dans des conditions sereines. Donc, je vais pas vous énoncer mes propositions statutaires, j'en ai, et donc Jean François Mattei avant de partir, j'espère que l'état continuera ses engagements a souhaité en tout cas, signer un courrier qui va dans ce sens-là.

Deuxièmement, par rapport à la spirale d'épuisement, c'est le problème de l'inégalité de l'offre de soin, aussi, c'est-à-dire, quand on voit dans ma spécialité, je suis psychiatre, passer de 1 à 13 au niveau de la répartition, je veux dire, il y a quand même quelque chose à faire

avant de parler uniquement même si je sais qu'avec Christian Perrin on est pas tout à fait d'accord, au niveau de la régionalisation, je sais pas s'il faut commencer par régionaliser et voir dans chaque région comment il faut faire, moi je crains qu'on multiplie par 22 le problème, mais ce qu'il y a c'est aussi un problème de répartition de l'offre de soin et donc le troisième problème, c'est les missions de l'hôpital, disons aujourd'hui, l'ont évoqué les orateurs précédents, le grand risque, c'est qu'on se trouve dans un système schizophrène, c'est à dire que l'hôpital public qui n'a pas démérité, qui à mon avis est aujourd'hui d'avantage victime de son succès se trouve confronté à un système de mise en arrière d'hôpital hospice où on fait que de la permanence de soins, de la précarité, ce que le système privé en face ne ferait pas. Et effectivement, moi je partage les inquiétudes qui ont été dites et c'est pour ça je suis très hostile, au niveau de Hôpital 2007, la tarification à l'activité, même si je sais, au niveau du budget global on en a tous souffert, je ne sais pas comment il faut faire, ou alors il faut trouver des enveloppes spécifiques, publiques, ou privées différentes, mais attention que l'hôpital public ne soit pas seulement l'hôpital des plus démunis et des urgences je crois qu'on aurait perdu en tous cas un pari, le pari qu'on a fait il y a 25 ans, en s'engageant dans le système public.

M .François Aubart : Bonjour. D'abord pour me présenter puisque dans le document qui a été diffusé la présentation est un peu sobre... Donc je suis chirurgien, je n'ai pas honte de l'être, je pense que je suis un chirurgien dynamique et qui « en veut », M.Coudreau, il n'y a pas qu'à la clinique privée qu'il y a des chirurgiens dynamiques et qui en veulent. J'ai une casquette de président de CME d'un hôpital fusionné, dans le Val d'Oise et je suis président d'une Intersyndicale. Comme Rachel a revendiqué l'hégémonie de la représentation syndicale dans la petite plaquette qui vous a été remise je me dois d'indiquer que mon organisation représente environ 1/3 des praticiens exerçants en CHU et CH.

Cela dit, la question que tout le monde bien sûr se pose est de savoir pourquoi Rachel Bocher a signé le protocole et le relevé de conclusion proposé par le Ministre ; c'est la question fondamentale !.... Alors que je me posais la question jusqu'à aujourd'hui , j'ai eu la réponse par nos participations à ce colloque et son souhait d'y défendre le plan Hôpital 2007 en me mettant dans l'inconfortable situation de devoir le critiquer.

Mais venons en aux faits ; le dialogue social se poursuit, nous avons signé un accord qui comme toujours est un compromis avec des aspects positifs et des aspects négatifs, mais qui pour autant, et j'espère pouvoir vous le faire partager, au cours de cet échange, est un point positif pour l'hôpital.

Alors pour en venir à cet épuisement ou cette spirale, je souhaiterais effectivement parler des hommes et des femmes avant de parler des structures. Parler des hommes et des femmes tout en notant que Dominique Coudreau, , avec tout son brio, mais avec quand même ses contradictions, a pu dans deux phrases différentes, dire presque dans le même moment « la solution n'est pas dans le changement radical des hommes » (j'ai cru comprendre qu'à ce moment-là, qu'il parlait plutôt des directeurs) et puis un peu plus loin « il faut changer les hommes » ( là j'ai cru comprendre qu'il parlait des médecins). Mais enfin, tout ça ce sont les contradictions des hommes, chacun se les gère.

On sait aussi, on le vit en ce moment, que le changement des hommes peut aussi marquer des mouvements importants. Alors parlons des hommes, je voudrais rappeler ce qu'est la nature des structures médicales à l'hôpital. Hier, mais c'était vraiment hier, il y avait plus de jeunes en formation que d'anciens, il y avait à l'hôpital plus de CDD médicaux que de CDI, il y avait plus d'hommes que de femmes. Aujourd'hui on est dans une situation inverse, plus de femmes que d'hommes, plus de CDI que de CDD, et quant aux jeunes, ils ont disparu. Vous savez que le nombre des internes a été divisé par 2. Cet élément-là doit être pris en compte dans l'état d'esprit médical. La médecine c'était hier un compagnonnage entre le jeune et l'ancien, qui

non seulement diffusait un savoir, mais aussi, produisait le savoir. Recherche et enseignement étaient intimement liés à l'hôpital. Il l'était dans une relation partagée non pas seulement de maître à élève mais en tous cas de compagnonnage qui faisait que les équipes constituaient des écoles de formation. On a séparé la recherche clinique de l'enseignement. Le compagnonnage a disparu faute de combattants. Donc, la diffusion du savoir à certains, la production du savoir à d'autres.

On comprend que tout ceci ait jeté un grand trouble. Pour ma part je ne crois pas qu'il y ait une spirale d'épuisement, mais il y a un trouble et un manque de repères ; ce trouble et ce manque de repères sont d'autant plus grand que nos professions sont fondées sur des valeurs humanistes comme disent les grands esprits, de transcendance sacrée. La médecine est construite avec une dimension passionnelle, de réalisation d'œuvre plus que de travail. Ces valeurs ont été profondément transformées par le fonctionnement aujourd'hui des hôpitaux. Et quels sont les deux facteurs au moins de transformations ? Le premier c'est l'irruption d'une place nouvelle pour le malade, je dirais même le malade et son accompagnant. Donc la place et le nouveau rôle du malade, et de tous ces métiers qui tournent autour du patient, de tous ces métiers émergents tant en lien avec les technologies nouvelles. Le deuxième élément de transformation ce sont tous les gaps, les espaces, les intervalles qui sont apparus dans le fonctionnement médical. C'est la division du travail, c'est la réduction du temps de travail, c'est tous ces espaces, ces vides, qui ont été envahis par une bureaucratie et un encadrement tout à fait préjudiciable et parfois non légitime. Toute institution, tout groupe humain, tout groupe professionnel a besoin de repères pour que la légitimité des décisions soit acceptée. Nous allons parler de la T2A, nous allons parler de la responsabilité du médecin, moi je n'aurais pas peur d'avancer sur ces terrains, mais si préalablement on doit rappeler que l'hôpital public est au service du public, qu'il est un outil indispensable à la solidarité à la cohésion sociale. Or on transforme l'hôpital en un machi-machin d'entreprise comme si, et l'entreprise redécouverte et si la T2A ,outil mythique, pouvaient être la solution magique aux maux que nous traversons. Ce sont des outils, ce sont des expériences, mais en tout état de cause ce ne sont pas des clefs universelles.

M ? : Au-delà des propos liminaires que vous nous avez présenté, en fait, on a quand même un sentiment d'autorité, de responsabilité, d'engagement en ces termes-là du corps médical au sein des structures d'hospitalisation. Est-ce Que de ce point de vue là, puisque le débat c'est Hôpital 2007, la réforme de la gouvernance, est ce que vous estimez que l'ensemble de la profession médicale hospitalière doit muter dans ses comportements, dans ses relations, dans sa hiérarchisation nécessaire, je crois qu'il y avait par exemple l'idée de contester le retour à une forme de ? au moment où les premières esquisses du projet de réforme étaient mis en évidence, ou est-ce que vous estimez que somme toute, finalement, la question dépasse largement cela et que il s'agit de travailler sur un principe de communauté hospitalière, quitte à jeter encore ou laisser un peu de confusion dans la responsabilité des uns et des autres, qu'est ce que vous êtes prêts à faire puisqu'il me semble qu'à l'origine l'un et l'autre, vous étiez dans une position tout à fait asymétrique par rapport à cette problématique-là.

M François Aubart : Il faut changer bien évidemment. Pour répondre aux besoins que j'ai brièvement décrit tout à l'heure. Il faut changer, et il faut s'intéresser à la fois aux structures et aux interfaces. C'est sûrement aussi important de modifier les interfaces. Donc à l'intérieur de l'hôpital, on parle de la gouvernance. Le point pour moi le plus important, ce ne sont pas tellement les pôles, ce n'est pas nouveau, c'est plutôt l'idée qu'au centre de la politique hospitalière, il y a une structure médico-administrative, le conseil exécutif qui va, à parité, partager les responsabilités dans le fonctionnement de l'hôpital. Même si au bout du bout, et c'est indispensable, le directeur reste l'arbitre ultime et le décideur ultime pour autant, il est

nécessaire que les médecins au niveau de la conception et de la mise en œuvre des projets hospitalier puissent trouver une légitimité nouvelle. C'est vrai au niveau de l'hôpital, mais c'est vrai aussi en dehors de l'hôpital. Parce que l'un de sujets qui me paraît important à aborder c'est de faire tomber ces murs créés sous l'alibi de l'autonomie de l'hôpital parce que de l'autre côté de la rue.... Chacun sait et la lecture de la circulaire signée par Jean François Mattei sur le SROSS3 est explicite, que l'on va travailler dans une dimension territoriale, donc au niveau territorial on ne pourra plus se retrancher derrière les citadelles défendant l'autonomie des établissements. Il faudra bien réfléchir et agir au sein d'un nouveau territoire opérationnel dans lequel les médecins devront aussi trouver leur espace.

Et puis il y a le pôle. Alors les pôles bien évidemment, doivent être organisés dans une politique de contractualisation. Qui dit contractualisation, dit qu'il y a entre les décideurs du contrat une certaine égalité de droits et de devoirs, en tous cas cela ne doit pas être finalement le jeu de la patate chaude dans le quel on transfère par responsabilité déconcentrée le soin de rentrer dans l'épure des contraintes, sinon, bien évidemment, non seulement ça n'a guère d'intérêt mais cela n'entraînera aucune motivation. Il faut donc qu'il y ait une véritable politique contractuelle, qui prenne à bras le corps la dimension économique mais surtout la qualité. Enfin la dimension de pôle suppose qu'il y ait remise en question du responsable de pôle, c'est l'une des questions pour lesquelles nous avons acquiescé au plan Hôpital 2007 qui prévoit que pour un mandat de pôle, avec une évaluation précisée dans le contrat, il puisse y avoir des remise en question de responsabilité. Mon organisation et moi-même ne faisons pas partie des frileux qui pensent que c'est derrière la somme des statuts ou la somme des lieux de défense des intérêts catégoriels que l'on trouvera une issue commune à la crise de l'hôpital.

Mme Rachel Bocher : Moi ce que je dirais. L'hôpital c'est un problème complexe, l'hôpital public on est tous attachés et alors il ne faut pas complexifier plus le débat parce que il arrive un moment où on ne sait plus qui est pour, qui est contre et je voudrais dire à mon ami François Aubart, que c'est pas du tout pour le mettre en difficulté de signer bien entendu, c'est dans un esprit de responsabilité à partir du moment où je sais que l'hôpital doit évoluer, je sais que l'on doit évoluer dans nos comportements, et qu'il va y avoir énormément de textes qui vont passer par le comité de suivi, donc il y avait différentes choses qui ont fait une opposition de ma part, différents points sur lesquels le ministre de la santé qui n'est plus là, Jean François Mattei a levé. Donc, je voudrais dire ça, c'est-à-dire, si ces points n'avaient pas été levés, malheureusement je l'aurais regretter, mais je ne serais pas rentrée dans le comité de suivi. Alors deuxième point, par rapport à l'Hôpital 2007, ne mélangeons pas tout ça, alors qu'est ce qu'il y a dans l'Hôpital 2007 ? Vous le savez, bon alors en clair, il y a un plan de travaux, c'est une rénovation du patrimoine immobilier, on est tous d'accord là-dessus, qui serait opposé par rapport à ça quand on voit l'état. Je peux vous donner un exemple, moi je suis à Nantes, dans un pôle, ça fait 5 ans qu'on y est, moi je suis catastrophée quand je vois qu'il y a une nouvelle clinique qui s'est installé en face, disons si vous voulez je suis verte de jalousie quand je vois les équipements hospitaliers, je crois que c'est aussi très important l'accueil dont on bénéficie et nous, à côté, on a un hôpital qui n'a pas démérité qui se trouve avec un immobilier complètement vétuste. Donc le plan immobilier on est tous d'accord. L'histoire de refonte des finances hospitalières, j'ai bien entendu et c'est pas non seulement de la part des médecins, mais aussi de la part des gestionnaires, des directeurs, des agences, tout le monde, disons les inquiétudes, on en a fait part à plusieurs reprises au ministère de la santé, avec le risque, on le sait bien d'une médecine à 2 vitesses, privatisation, sélection des pathologies, on les énonce, pourquoi je les énonce ces critiques parce que moi qui suis à l'hôpital public je me dis aujourd'hui je veux rester à l'hôpital public. Mais moi en tant que psychiatre, je resterais à l'hôpital public si je peux soigner dans de bonnes conditions aussi toutes les pathologies, si je me retrouve confrontée comme je vous le disais tout à l'heure à ne

soigner que les pathologies que les autres ne veulent pas, ou seulement les plus précaires et les plus en difficulté, je dirais que c'est dommage. Dans mon exercice et peut-être que je remettrais en jeu mon engagement au service public. La troisième chose c'est la gouvernance, bon alors je vous ai dit Jean François Mattei était revenu sur les points sur lesquels on avait dit notamment, je dois le dire c'est une unité de bas, une unité fonctionnelle qui permet aussi de soigner les patients au plus près en donnant une dimension humaine aux pôles. Le risque moi je le sais, à Nantes, on a des pôles qui sont énormes, on a pas une sous-structure, alors qu'on appelle ça une unité fonctionnelle ou service, mais qui soit à dimension humaine qui soit visible pour les patients et pour les équipes autrement on est dans un vaste ensemble où les patients ne s'y retrouvent pas, les équipes ne se trouvent pas et on a pas de projets précis. Deuxièmement, ce qui nous semble important, on revient sur l'histoire de l'autorité. L'autorité, c'est quelque chose d'essentiel, on peut faire un projet, le problème c'est après la mise en place de ce projet sous la coupole d'une autorité. Cette autorité n'est mieux exercée que si elle est expliquée et comprise. Et je pense qu'il faut aussi qu'elle se dote d'outils, c'est pour ça que la contractualisation interne ça dépend comment ça se passe. Si vraiment on a des objectifs, de moyens, une évaluation, et savoir aussi, au niveau du contrat et ça c'est aussi dans le contrat que nous a remis Mattei, dans le contrat qui lie le directeur de pôle au président de CME, quel est ce contrat qui respecte l'indépendance du praticien et qui ne le soumet pas à des contraintes uniquement budgétaires au détriment des patients ? Je prends deux exemples que je connais bien, c'est le chef de pôle et le comité médico-exécutif. Les chefs de pôles, tout à l'heure on évoquait le problème de nomination du ministre, je crois que c'est toujours pareil, c'est l'arbre qui cache la forêt, c'est à dire qu'il y a un avis local, on est tous d'accord, il faut qu'il y ait un avis local, on ne peut pas se passer d'avis local, mais attention, on sera bien content quand on aura plusieurs... Dans mon établissement quand il y avait un poste de service en CHU, il y avait 10 candidats, aujourd'hui il y en a 1. Espérons que ce soit le bon candidat qui ait les compétences, ce que je veux dire, quand on a demandé par exemple pour les chefs de pôle, une liste d'habilitation nationale, je dis clairement c'est que pour exercer une autorité, il faut que l'on ait la compétence à exercer cette autorité. Aujourd'hui en terme, je suis chef de service, j'ai appris à être chef de service, on apprend pas dans les études de médecine, on sait pas comment on gère un service. Gérer un pôle, faire de la stratégie de pôle, on va faire du coup par coup, je l'ai vécu en direct, on a la question c'est qu'ils ne savent pas, même au niveau de budgets. J'ai la chance en tant que syndicaliste d'être au fait des budgets hospitaliers, mais il y a des chefs de pôles qui n'étaient pas au courant de comment on gère un budget... Donc ce que je veux dire c'est que pour exercer une autorité, il faut avoir la capacité à l'exercer et il faut aussi pouvoir l'expliquer au sein des autres intervenants, c'est-à-dire aussi dans la lettre que nous a remise Jean François Mattei, c'est la démocratisation au niveau du pôle, c'est-à-dire que le conseil de pôle soit effectivement représenté avec une implication de tous. Deuxième point, par exemple le comité médico-exécutif, moi j'ai pas d'opposition par principe, par contre ce qu'il faut c'est qu'on reste dans des gardes fous démocratiques, qu'on ait des gardes fous, il ne faut pas, je l'ai dit à plusieurs reprises, le risque c'est toujours un super mandarinat ou un système de contrôle, c'est-à-dire, que l'hôpital on donne la clef à quelques uns, il faut au contraire qu'il y ait une implication de tous, c'est toujours pareil les décisions sont remises à quelques uns, mais qu'il y ait des gardes fous, et que les gardes fous sont des choses que l'on connaît bien. C'est-à-dire, pas de cumul de mandats, je parle au niveau du Sénat, j'espère que ça ne gêne personne, au niveau des renouvellements de mandats, peut-être qu'il faut limiter le nombre de mandats qu'il n'y ait qu'un seul mandat. Et je dirais par exemple, le comité médico-exécutif, comme un bureau de CME dit l'ordre du jour et public, le type de décision, si ça se passe dans la transparence et qu'il y a des gardes fous démocratiques, je crois que ça ne heurtera personne. Si au contraire, c'est le système, c'est l'ensemble des médecins qui sont en coupe réglée sous quelques

personnes au niveau du comité exécutif, ça peut tourner complètement l'idée qu'on a. On est plus dans un système démocratique autoritaire, où il faut que certains prennent des décisions, et c'est lourd ces decrescendos, mais on sera dans un système qui sera complètement fermé et ça je peux vous dire... Dans un établissement, ce qu'ils veulent les médecins c'est soigner, mais ils veulent savoir ce qui se passe dans l'institution, prévoyons des systèmes démocratiques, il y a des CME, gardons les CME, faisons une meilleure représentation des uns et des autres, il y a des systèmes où on prend des décisions et que ces décisions soient éclairer, soient expliquées, soient comprises et largement transparentes je pense qu'on aura moins de difficultés on aura moins de bouclier dans lequel j'ai fait partie.

Ce que je veux dire, c'est que ces points--là, j'espère que l'état aura une continuité, mais ces points-là en tout cas sont dans le courrier que Jean François Mattei m'a dressé avant de partir.

M François Aubart : Je ne sais pas trop si ce qui est important c'est « le courrier ». Ce qui est important, c'est que nos hôpitaux vont mal, très mal, même si nos praticiens ne sont pas dans une spirale d'épuisement, du moins pour une majorité d'entre eux. Donc je crois qu'il faut changer fondamentalement, profondément et rapidement. Changer, ça veut dire qu'il faut enlever des couches, et non rajouter des structures, il faut simplifier. En ce sens, les pôles c'est une exigence, puisque on fonctionne dans une gestion notariale de services médicaux. Pour autant, ce qui fait la différence entre un exercice dans un établissement privé et à l'hôpital, c'est qu'on est pas dans un exercice solitaire mais dans un exercice d'équipe médicale autour d'une spécialité ou d'une activité. Il faut bien que cette équipe se retrouve, s'identifie, pour assurer non seulement les tâches de gestion, mais aussi les tâches de recherche clinique de transmission du savoir, d'évaluation des pratiques, de formation continue, autant d'éléments qui sont fondateurs de la nature même de l'hôpital. Donc supprimer des couches mais aussi gérer autrement les interfaces. Gérer autrement les interfaces, excusez- moi quand je dis il faut, en le disant c'est un peu « Y'a qu'à », « Y'a qu'à ». Pour notre part nous avons signé un relevé de conclusion. Il faut gérer les interfaces donc médicaliser les décisions. Et puis il faut des régulateurs que sont la promotion de la compétence et la qualité. On a là des outils régulateurs qui peuvent parfaitement éviter un certain nombre, pas tous, des dérapages liés à un changement d'organisation brutal.

Gérard de Pouvourville : J'avais une question très concrète au fond, tout à l'heure vous avez parlé effectivement de la lourdeur de certaines procédures bureaucratiques, de contrôle etc... Même dans une logique de pôle, le management implique des systèmes de rapport de reporting qui sont lourds aussi. Alors ce que je voulais vous demander à vous deux au fond, c'est mettons que vous vous mettiez dans la peau d'un responsable de pôle, Mme Bocher vous avez dit que vous étiez dans cette peau-là. Aujourd'hui qu'est ce que vous considérez comme étant les procédures les plus contraignantes, les plus lourdes, les plus illégitimes auxquelles vous êtes assujettie et à l'inverse en tant que responsable de pôle, au fond, quel est un, l'espace de liberté et de délégation de pouvoir que vous souhaiteriez avoir et sur quoi vous souhaiteriez rendre des comptes. Concrètement si vous voulez, vous vous mettez en position de gestionnaire, vous êtes prête à vous engager sur quoi, en contrepartie de quoi en termes d'autonomie de gestion, etc...

MME Rachel Bocher : Donc premièrement, moi je suis au CHU de Nantes où il y a des pôles mais pas de délégation de gestion...(manifestation dans la salle) c'est pour ça que je vous réponds tout de suite pour éviter qu'il y ait une confusion dans la salle, par rapport : on parle de quoi ?

Je ne suis pas responsable de pôle, je suis responsable de service et je peux vous dire que je me suis posé la question, parce que vous savez la meilleure façon d'avoir des critiques

constructives, parce que vous savez la question d'opposition, elle est pas... On peut pas rester en opposition, si on voit pas comment faire évoluer les choses. C'est à dire, j'ai hésité, je vous cache pas que pour l'instant je suis restée sur la réserve pour plusieurs raisons. La première raison, je l'ai dit, je pense pas qu'on peut s'improviser, alors tout à l'heure je crois que c'est Pascal qui disait, la question de la dimension économique, moi je dis simplement, je sais parfaitement soigner un jeune suicidé en crise, des bouffées délirantes, disons de problèmes de diction, c'est mon métier je le fais depuis un certain nombre d'années, c'est pas du tout la même chose et donc gérer un service c'est gérer des hommes, on est pas du tout dans la dimension budgétaire. Donc là c'est totalement différent, donc moi c'est pour ça que je maintiens sur une habilitation de chef de pôle, c'est pas le problème de confiance. Disons que cela fait confiance il y en a toujours un qui ira, le problème c'est pas qu'il y en ait un c'est que ce soit le bon, parce que je vais vous dire à Nantes, ce qui s'est passé au départ c'est que il y avait le chef de pôle qui prenait des décisions et tous les chefs de service appelaient au secours, est ce que vous pouvez venir parce que l'on est terrorisé de ce qui va se passer et c'est pas du tout, mais c'est à dire que la question c'est qu'on en peut pas, on a chacun des métiers différents donc pourquoi pas si vous voulez un nouveau métier mais c'est pas du tout la même chose président de CME et chef de pôle. Pas du tout c'est un nouveau métier et je crois que ça peut être intéressant mais donc effectivement il faut savoir de quoi on dispose. Donc tout à l'heure je crois que c'est l'un des intervenants qui a dit, je crois que c'est dommage, que l'on fasse cela maintenant, c'est à dire dans la situation actuelle. Les difficultés que connaît l'hôpital des difficultés déficitaires, on l'aurait fait disons en 91, en 91 il y a avait une loi, pourquoi on l'a pas appliqué cette loi ? c'est pour ça qu'après la loi de 91, on a appliqué à Nantes les pôles. Donc moi je pense pour répondre à votre question, c'est que au niveau d'une délégation de gestion, par rapport à un responsable de pôle, ça peut être comme on l'a dit un nouveau métier, c'est vrai que quand on est dans une institution on peut avoir disons la possibilité de changer mais je pense que c'est une bonne chose, dans la société on change de métier tous les 7 à 10 ans, pourquoi pas chef de pôle c'est un nouveau métier qui est différent de praticien ou pour moi psychiatre des hôpitaux, mais il faut avoir les outils, les compétences, il faut que les champs de responsabilité soient clairs. Et donc c'est aussi pour ces éléments-là que je n'ai pas pris la responsabilité du pôle actuellement.

M François Aubart : Je dirais que c'est un très bon moment pour entrer dans cette démarche là. C'est vrai que la crise démographique on la voit, on la connaît. Pourtant et c'est paradoxal, mais il n'y a jamais eu autant de médecins en France. Il n'y a jamais eu autant d'argent dans les hôpitaux. S'il vous plaît ne caricaturez pas, je veux témoigner par là, que les circonstances ne sont peut-être pas aussi difficiles que cela, pour autant l'hôpital ne peut pas être conçu comme un lieu exclusif d'économie, ce n'est pas la finalité. Je reviens sur les objectifs qui sont ceux du service public hospitalier, alors je voudrais bien entendu répondre à la question. Bien évidemment il faut que les médecins s'investissent dans le jeu des délégations de responsabilité de gestion, ne serait-ce que pour mettre un terme à la progression de la bureaucratisation, et que dans nos hôpitaux nous ouvrons nos fenêtres. Le temps passe, on n'a pas parlé du corps de directeurs, mais j'aimerais bien en parler. Ils ont failli passer un accord au dernier jour du ministère. Doit on maintenir un corps unique, monochrome, monocolore où tout le monde pense la même chose. Je ne le crois pas. Donc pour faire en sorte que dans nos hôpitaux, nous ne pensions tous pas la même chose, pour faire en sorte qu'il y ait des échanges et des débats il est souhaitable que le corps des directeurs soit ouvert. Enfin il y a une importante dimension que je souhaiterais brièvement aborder. La gouvernance telle qu'elle est envisagée aujourd'hui pour la plupart des gens c'est la gouvernance de l'organisation interne à visée économique, moi je voudrais semer la graine de la réorganisation de la « gouvernance clinique » auprès du patient, il y a auprès du malade X

métiers qui s'entrechoquent en collaborations, concurrences, avec la communauté médicale. Celle-ci a perdu ses repères pour savoir quel est son champ de responsabilité vis-à-vis des nouveaux métiers. L'encadrement a aussi une perte de repères dans ces croisements de responsabilité verticales hiérarchisées et des responsabilités horizontales. Il faut que la nouvelle gouvernance ait aussi une dimension de « nouvelle gouvernance clinique ». Le médecin qui n'est plus bien évidemment l'interlocuteur unique, mais qui est l'interlocuteur premier et probablement privilégié du malade, trouve une place et une responsabilité clairement affirmée. Il faut qu'il y ait une autorité reconnue ; pour qu'il y ait une autorité, il faut qu'il y ait une compétence, cette compétence doit s'acquérir par la formation, par l'engagement, l'expérience des acquis, mais aussi par le règlement de cette nouvelle donne en terme de gouvernance clinique.

Mme Muriel Haïm : Je voudrais revenir sur le point de l'engagement des PH sur le mode de gestion économique. Qui est quelque chose sur lequel ils pas toujours été préparé. Et deuxièmement est ce que le système est ce que le statut le permet parce qu'il n'y aura pas de modification si ce n'est pas promu par un statut. À votre avis.

M François Aubart : Je n'ai pas peur de parler du statut. Je l'ai dit tout à l'heure je ne crois pas que l'hôpital peut être considéré comme le lieu, la somme de statuts. Ce n'est pas souhaitable, même si et c'est le syndicaliste qui parle, le statut reste une base fondatrice de la nature de l'exercice professionnel. Ce qu'il convient de distinguer et je crois les propositions de l'hôpital 2007 le font assez bien, c'est le statut individuel qui reconnaît l'indépendance, la légitimité médicale et scientifique, qui valide l'intégration dans une équipe médicale de spécialité et qui doit donc définir des droits et devoirs qui restent de la reconnaissance du ministre. Ce n'est pas un directeur d'hôpital ni un président de CME qui peuvent labelliser la compétence médicale et scientifique. Il s'agit bien d'une démarche qui est profondément externe à l'établissement lui-même. La démarche nationale est absolument légitime. Pour autant quand il s'agit de parler de responsabilité contractuelle de gestion, ça veut bien dire déconcentration et prise de décision locale. Dans un premier temps il était imaginé que le directeur assisté du président de CME choisisse dans une relation de gestion, les praticiens jugés les plus aptes à remplir leur mission de gestion économique. Dans ce cas, ces praticiens seraient rentrés en conflit avec le pôle et n'auraient sûrement pas été efficaces. Dans la version actuelle, et bien il y a je pense un bon compromis entre le local et le national. Il y a une nécessaire dimension d'indépendance professionnelle qui est une responsabilité liée à la fonction médicale qui pour autant s'intègre aux exigences d'une institution de services hospitaliers. Il y a des interfaces nouvelles à trouver, et je crois que c'est en séparant ce qui doit être déconcentré et ce qui reste au plan national sur les bases de l'accord que nous avons signé que nous pourrions je l'espère avancer rapidement.

Mme Rachel Bocher : Je voudrais dire trois choses, donc premièrement, moi je suis toujours contente quand les jeunes praticiens choisissent la carrière publique parce que quand on entend parler de l'hôpital c'est toujours, on parle du malaise et de sa crise, donc finalement ils continuent à nous croire, nous qui sommes dans les hôpitaux et à croire aussi les politiques quand ils disent on va s'occuper de l'hôpital public. Deuxièmement, l'engagement médico-économique, écoutez maintenant je crois qu'on le sait, quand j'étais étudiante, on ne le savait pas, mais aujourd'hui on a quand même autour de nous pas mal de jeunes étudiants qui sont dans nos services, ils sont complètement au courant de ça, d'abord il y a pas mal au niveau de la formation initiale de diplômés ou d'unités de valeur de santé publique, de dimension économique, que l'on soit à l'hôpital public ou que l'on soit dans un cabinet dans une clinique, on sait très bien que la santé marche sur deux jambes, sur des compétences

professionnelles mais aussi sur une dimension économique qu'il faut absolument acquérir, on est soumis d'avantage à cet environnement institutionnel ou économique, en tout cas, nos plus jeunes collègues sont très sensibles, ...Au niveau de l'engagement, je pense que nos plus jeunes collègues, pour m'entourer régulièrement de nos plus jeunes collègues dans les services au niveau des institutions, l'est souvent avec les internes et les chefs de clinique. Ils sont conscients et soucieux de ça.

Alors troisièmement au niveau des statuts, je dois dire, on a fait de propositions statutaires qui vont dans ce sens là depuis plusieurs années et par rapport à cela, c'est ce que j'ai dit en préambule, c'est à dire qu'il y ait une fonction soin et une fonction valorisation des fonctions institutionnelles, notamment valoriser les responsabilités institutionnelles de chef de service, de chef de pôle ou président de CME, et donc ce statut qu'on a appelé un statut à balance, c'est à dire qu'on a un socle commun de soin, mais sur un temps donné, c'est à dire sur 6 ou 8 demi-journées il y aurait une fonction de soin, mais sur un temps donné contractuel, on passerait des contrats aussi bien au niveau de l'enseignement, pour les praticiens de 3 à 5 ans, aussi bien pour la recherche, aussi bien pour des fonctions de responsabilité comme chef de pôle, des responsabilités qui prennent 3 à 5 ans, avec des objectifs disons une partie statutaire centrale qui ne bouge pas et une partie contractuelle qui évolue et qui permet de valoriser ces fonctions de responsabilité, il faut du temps, c'est à dire quand vous disiez tout à l'heure, vous m'avez posé la question de pourquoi j'aurais ou j'aurais pas pris le fait d'être responsable de pôle. Le premier responsable de pôle, il était en même temps praticien, le deuxième, il a eu un mi-temps de décharge, le troisième, il a un temps de deux vacations de consultation...Je tiens à dire que pour faire ces métiers-là, il faut du temps, donc il faut aussi que ce temps-là soit occupé, mais aussi qu'il soit valorisé, alors après valorisons comme on peut, mais il faut aussi que ce soit de l'incitation et je crois que la fonction de l'intéressement est très importante.

M. Christophe Prudhomme (fédération-santé de la CGT) : Je voudrais faire une remarque sans vouloir nier la qualité de propos de Rachel Bocher et de François Aubart. Il s'avère que la situation échangée, entre le moment où ce colloque a été décidé et le jour d'aujourd'hui, or le thème de l'intervention était pour ou contre l'hôpital 2007, il s'avère qu'aujourd'hui un certain nombre de syndicats médicaux dont certains font partis de l'IMPH dont certains font partie de la CMH se retrouvent autour de la CSG pour continuer à dire que les objectifs de ce plan sont mauvais. Sans vouloir refuser toute réforme donc il aurait été bien que cette expression puisse avoir lieu aujourd'hui pour que la salle ait tous les éléments et en particulier d'une partie non négligeable de praticiens hospitaliers.

M. Aubart : Je pense que chacun aura l'analyse des événements politiques du moment. Il me semble que le sujet tel qu'il était abordé aujourd'hui ne pouvait pas avoir de réponse manichéenne, être pour ou être contre et que quelque part j'ai parlé au début de compromis. Maintenant, responsable syndical, je crois que nos deux organisations sont très largement majoritaires, donc pour ma part, je réitère mon engagement de transformation de l'hôpital sans lequel bien évidemment, nous pensons que la spirale de non pas d'épuisement, mais d'épuisement du service public hospitalier sera de plus en plus et chaque jour une réalité.

Mme Rachel Bocher : Je voudrais répondre à Christophe en disant que l'on est dans un pays démocratique, je crois qu'il est important que les minorités s'expriment, je dirais même c'est rassurant, parce que si à chaque fois que je prenais une décision, j'avais 100 % d'accord dans les différents protocoles qu'il y a eu, peut-être que les minorités s'exprimeraient moins fort, mais la situation elle est là et elle est grave, mais au niveau de ces minorités on les entend

et c'est toujours pareil , on est en démocratie et c'est la majorité qui tranche, mais on les a bien entendu ces minorités.

M.Alain ? (professeur de neurologie au CHU de Tours, SAMUR coordination) : Pour la spirale d'épuisement, effectivement le mot est intéressant, et nous c'est vrai que , non pas avec la triple mission, mais une quintuple mission, parce que au soins, à l'enseignement, à la recherche il faut ajouter l'administration, dont on a parlé qui ne me semble pas illégitime surtout avec les évolutions actuelles, et enfin une mission d'évaluation, car sans cesse nous sommes demandés pour évaluer dans tous les domaines de la santé , les nouveautés. Alors donc épuisement sûrement mais un enthousiasme toujours présent de cet ensemble de médecins qui ne fait pas craindre pour l'avenir, enthousiasme malgré de problèmes statutaires qui ne sont pas minces. Nous sommes les derniers fonctionnaires à travailler 11 demi-journées par semaine et avec une retraite pour laquelle on essaye de faire évoluer, ça c'était le ^premier point. Le deuxième point, notre position vis-à-vis de 2007, et bien nous avons accueilli assez favorablement 2007 au motif que l'essentiel de ce qui nous a apparu dans cette réforme, c'était une décentralisation des décisions administratives et financières auprès des centres d'exécution de dessins. Et nous avons beaucoup travaillé sur une analogie entre ePMe et le service qui était d'ailleurs énoncé en début d matinée et là encore je ne crois pas qu'il y ait de Pme sans responsabilité financière décentralisée. Donc le côté pragmatique, partenaire, utile à la santé de notre population d'avoir des décideurs qui sont près des centres d'exécution de soins, nous semble primordial. Alors il est évident que ça va nécessiter une mutation intellectuelle des décideurs en question, enfin de chefs d pôles, des responsables de pôles, il est évident qu'il y aura nécessité d'un binôme étroit entre l'administratif qui sera associé à ce responsable d pôle et ce responsable de pôle. Mais nous voyons deux écueils majeurs qu'il faut éviter dans 2007 et qui ne sont pas encore tout à faits évités. Le premier, c'est le maintien des structures qui permettent la qualité du produit et de nos produits de santé, et quelle est la structure qui permet d'avoir de produits d santé corrects, c'est le service de la spécialité, pour nous dans les Chu, on ne veut pas imaginer un vaste pôle dans lequel finalement il y ait une uniformisation des décisions médicales, non. Qu'est ce qui fait le dynamisme d'un service c'est la cardiologie avec des malades qui vont dans le service de cardiologie, avec des aides soignants des soignants qui se saisissent des problèmes des malades cardiologiques, des internes qui font de la recherche là-dedans, une dynamisation permanente qui se fait d'individus à individu et l'amélioration de la qualité se fait par le compagnonnage, dont on a parlé tout à l'heure. Donc la structure du service qui centre la qualité de la discipline nous paraît fondamentale. Alors le deuxième problème dans cette réforme et qui va avec le corollaire de tarification à l'activité c'est comment évaluer le coût des activités contractuelles qui ne sont pas du tout résolues. Comment évaluer le coût du compagnonnage, dont on vient de parler qui permet à un brillant chirurgien dans une clinique d'en face de votre hôpital Madame d'être aussi performant ? et bien c'est un compagnonnage qui a duré des dizaines d'années. à un moment le chirurgien hyper compétent va dans le privé et c'est comme ça que même grâce à l'hôpital public, il aura eu sa formation. Comment évaluer les après-midi passés à faire des recherches bibliographiques pour faire progresser la connaissance, la diffuser qu'on appelle cela de la recherche ou de l'enseignement de haut niveau tout ça c'est très difficile à mon sens à évaluer. Alors je ne parle pas bien sûr des prestations qui sont connues Les CHG et les CHU à savoir les urgences et ainsi de suite...Alors voilà ce que je voulais vous dire sur 2007 et enfin j'ai trouvé la question que vous avez posé monsieur, quelle délégation de pouvoir voulez-vous ? et ça ça me paraît très pertinent, alors je vais, vous dire une chose, à la dernière réunion que j'ai eue avec mon directeur, il me dit faites attention parce que nous allons avoir la tarification à l'activité. Je lui dit, mais vous faites hurler de rire parce que si moi j'avais la responsabilité du budget

(FIN de la bande)

de mon directeur que j'admire beaucoup et bien j'achèterais des lites de long séjour pour dégager l'encombrement de services de médecine. Alors c'est pas du tout pour parler de ce problème précis que je prend la parole sur ce dernier point, mais c'est pour vous dire que l'intérêt de 2007 avec des chefs de pôle qui sont sur le terrain c'est de pointer les véritables problèmes, voilà ce que je veux dire.

M. Gérard ? (ESEC ?) : Je voudrais revenir sur le pôle, au départ le pôle c'est une restructuration de l'hôpital, c'est-à-dire qu'on était parti sur une tendance où il y avait multiplication des services, et qui ne permettait pas les réingénieries nécessaires lorsqu'il y a un certain nombre d'événements au sein de l'hôpital, donc déjà c'est la première chose c'est une restructuration. Le deuxième point Madame Bocher, vous avez fait remarquer que l'une des difficultés lorsqu'on est chef de pôle, c'est le problème de formation et la formation-management qui est une nouvelle dimension. Alors je crois que c'est vrai qu'il faut prévoir une formation, une adaptation au management à partir du moment où l'on est nommé chef de pôle mais à mon avis il faudrait la prévoir pour l'ensemble des médecins qui travaillent à l'hôpital dès qu'ils rentrent à l'hôpital. Mais ce qu'il faut surtout c'est, on ne peut pas créer de pôles si on ne met pas à la disposition des chefs de pôle, de moyens suffisants en termes de gestion, c'est à dire on va pas transformer des chefs de pôles qui sont avant tout des techniciens des médecins en gestionnaire, ils sont là pour faire des choix pour proposer des stratégies, mais il faut faire comme on le retrouve d'ailleurs dans d'autres pays, il suffit d'aller se promener en Suède où n'importe où, il y a toujours à côté du chef de pôle, il y a un contrôleur de gestion qui travaille sous la direction du chef de pôle. Mais je crois que l'un des dangers que l'on pourrait voir, c'est que finalement on veuille faire tout au chef de pôle qui à ce moment là ne pourra plus être technicien et va devenir ou bien il va rester technicien et sera vraisemblablement un mauvais chef de pôle parce que il n'y accordera pas suffisamment d'intérêt à l'aspect management stratégie ou bien à ce moment là il va changer de carrière il va devenir manager et il ne sera plus « légitime » pour les choix qui devront être alloués au chef de pôle.

Mme Florence Qui ? (déléguée nationale du syndicat national des cadres hospitaliers, majoritaires chez les directeurs d'hôpital) :

En toute amitié syndicale puis dans l'esprit pacifique que suppose la gouvernance comme vous l'avez appelé de vos vœux, je souhaiterais savoir comment vous avez réagi l'un et l'autre aux propositions de Dominique Coudreau, qui souhaitait une clarification du processus de décision comptant notamment sur les directeurs d'hôpitaux mais aussi évidemment, chose absolument nécessaire, sur le co-pilotage médical, et proposer une prescription de nominations plus locale des médecins puisque ça permet de participer effectivement à la définition d'établissement qui peut être une source d'attractivité pour les jeunes. Et puis surtout d'engagement et de responsabilité. Pour notre part, du côté des directeurs d'hôpital on s'est engagé dans une réforme de nos pratiques gestionnaires, dans notre statut, sans aboutir pour l'instant mais on espère là aussi la continuité de l'état qui permettra un aboutissement rapide qui se fonde sur une professionnalisation de notre évaluation, une ouverture, une administration plus de mission, et une collaboration clairement managériale, où en êtes vous dans la modernisation de la gestion des ressources humaines médicales ?

M. François Aubart : Non, je ne vais pas y répondre parce que ce serait reprendre la discussion, et je crois avoir été pour ma part assez clair sur l'exigence de changement qui doit concerner l'ensemble des catégories, dont celle du statut des directeurs et des directeurs de

soins, je souhaiterais puisque je crois que ça se termine dire une chose. Je crois que l'engagement des médecins dans une part de responsabilité nouvelle, nous la soutenons, s'il suppose qu'il y ait de nouveaux modes de ré-allocations de ressources, c'est à dire de redistribution des ressources. Jusqu'à présent cette mode de redistribution a été conçue selon le mode de la moyenne, règne de la médiocratie. J'aboutis à un hôpital moyen, avec un chef de pôle moyen et un directeur moyen pour un malade moyen. Je pense que ça n'est pas une politique, l'hôpital n'est pas un réseau sans centre ni périphérie où tout est égal à tout. Il y a une hiérarchisation des valeurs, il y a un sens donné et c'est aussi l'absence de ce sens donné, Jean Michel Dubernard, qui je crois brouille les pistes et qui fait qu'on ne comprend pas où nous devons aller. Il faut absolument définir un objectif et le financement et la redistribution servant clairement cet objectif qui une fois de plus ne peut pas être celui de la moyenne.

Mme Rachel Bocher : Ecoutez, moi j'entendais ce que disais Gérard Vielle et je me disais c'est l'histoire en fait de l'hôpital. effectivement, avant il y avait de grands services, ces services-là on aurait pu les appeler pôle, il y a 20 ou 30 ans, alors là-dessus qui les a découpés en petits morceaux ? Je ne donne pas la réponse. Et maintenant on dit : Qui dit qu'il va les reformer, comme ça été les médecins directeurs on revient maintenant aux médecins chefs de pôle, moi je suis d'accord surtout à partir du moment où ça marche, deux ce que je regrette et je l'ai dit à plusieurs reprises, c'est n'oublions pas que l'hôpital, on souhaite que l'hôpital public ait un avenir, moi je le souhaite ardemment, l'hôpital public n'aurait un avenir que si il s'ouvre sur la ville, bien sur j'en sait quelque chose puisque je l'exerce au quotidien, c'est un moment de la prise en charge du patient, l'hôpital a un avenir dans un système de réseaux avec la médecine ambulatoire, donc moi je m'adresse aux quelques petits qui sont là, à quand les ARS ?

M ? : Bien merci, je crois qu'il faut savoir conclure.